



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC
PLAN OF CARE

Kế Hoạch Bắt Đầu Basic Kế Hoạch Hằng Năm Basic Plus Core Bảo Vệ Cộng Đồng

PHẦN MỘT - CHI TIẾT CÁ NHÂN

<p>It is very important to verify that all information in this section is current and correct.</p> <p>If any of the information has changed, be sure to enter the correct information into the CCDB immediately!</p> <p>Make sure to identify a contact in case of natural disaster or service-related emergency.</p>	TÊN		NGÀY SINH		
	ĐỊA CHỈ				
	SỐ ĐIỆN THOẠI		SỐ CSO		SỐ DDD
	NGƯỜI THÂN KHÁC		QUAN HỆ		SỐ ĐIỆN THOẠI
	<input type="checkbox"/> Cha Mẹ/Người Thân Trong Gia Đình <input type="checkbox"/> Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Giúp Đỡ <input type="checkbox"/> Người Khác: (Xin giải thích)				
	TÊN NGƯỜI LIÊN LẠC TRONG TR/HỢP KHẨN CẤP		QUAN HỆ		SỐ ĐIỆN THOẠI
	TÊN NGƯỜI QUẢN LÝ HỒ SƠ			SỐ ĐIỆN THOẠI	
	NGÀY DỰ ĐỊNH HỌP		NGÀY KẾ HOẠCH CÓ HIỆU LỰC		

<p>Every effort must be made to include the people in the plan development process that the waiver participant would like.</p>	Những Người Tham Dự Buổi Họp:							
	TÊN		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG		TÊN		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG	

<p>Note everyone who attended the meeting and/or contributed to the plan. All adult participants MUST attend the meeting.</p>	Góp ý trong kế hoạch nhưng không tham dự buổi họp:							
	TÊN		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG		TÊN		QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG	

A Support Needs Assessment must be completed and ICF/MR eligibility confirmed prior to completing the POC. A complete waiver plan for participants with personal care services will be a combination of this POC and the CARE instrument. If any information in this plan is already documented on the CARE instrument, write, "CARE" on the line or across the section. If some information is found on the CARE instrument but you need to add more here write "CARE" plus . . ." and then write in the additional information.

TÊN:

SỐ DDD:

Please provide a brief description of the waiver participant and their current situation.

The idea is, (in a very brief way), to have a sense of this person, what their life looks like, what's going on in the life, highlights and major issues. etc.

"Tóm Lược" về Cá Nhân

PHẦN HAI - CHI TIẾT VỀ SỨC KHỎE

Remember! Get the dates.

Every effort must be made to get the actual date, but if the person/family cannot provide the exact date you must at least indicate the month.

Because routine dental and medical visits are so important to staying in the best of health, be sure there is a discussion explaining the reasons/benefits.

Offer assistance to connect with a doctor or dentist if needed.

Y Khoa

Bác Sĩ Chính

Các Quan Tâm Mới:

Tên: _____

Số Điện Thoại: _____

Ngày Khám Tổng Quát Lần Cuối: _____

Tình trạng về các vấn đề sức khỏe hiện nay:

Nếu, sau khi đã bàn thảo về việc khám tổng quát hằng năm quan trọng thế nào, người này/gia đình/giám hộ đã từ chối khám tổng quát, yêu cầu họ ký tên tắt vào đây: _____

Nha Khoa

Nha Sĩ

Tình trạng về các vấn đề hiện nay:

Tên: _____

Số Điện Thoại: _____

Ngày Khám Răng Lần Cuối: _____

Nếu, sau khi đã bàn thảo, người này/gia đình/giám hộ chỉ muốn đến gặp nha sĩ một năm một lần, yêu cầu họ ký tên tắt vào đây: _____

Nếu, sau khi đã bàn thảo về việc đến nha sĩ hằng năm quan trọng thế nào, người này/gia đình/giám hộ đã từ chối đến nha sĩ, yêu cầu họ ký tên tắt vào đây: _____

Các Dịch Vụ Khác về Sức Khỏe (Ngoài Y Sĩ, Người Giúp về Tánh Tình, OT, PT, v.v.)

Tên: _____

Tên: _____

Loại: _____

Loại: _____

Tình trạng về các vấn đề hiện nay:

Tình trạng về các vấn đề hiện nay:

Other health services can include any sort of medical providers or therapist.

TÊN:

SỐ DDD:

This is very important information and an opportunity to make sure that proper medication management is happening for this person. You may attach available listing of medications, dosage, etc.

Cho Uống Thuốc:

Xin cho biết những loại thuốc mà quý vị hiện đang dùng và những thuốc đó để trị bệnh gì:

Ai đã cho quý vị những toa thuốc này và bao lâu thì họ duyệt lại một lần?

Quý vị có cần giúp trong việc cho uống thuốc hay không? Xin giải thích:

Quý vị có điều gì quan tâm về thuốc men của quý vị hay không?

PHẦN BA - CÁC HỖ TRỢ & NGUỒN TRỢ GIÚP HIỆN TẠI

Các chi tiết trong Phần Ba giúp trong việc hiểu rõ hơn về các hỗ trợ và nguồn trợ giúp của người này, để quý vị có thể sắp xếp trong kế hoạch nhằm đáp ứng các nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của họ.

Current Living

Situation: Identify what type of residential setting such as parent home, own home, AFH, etc.

Own home = person pays rent and it's not the family home.

Note who else lives with the person and their relationship.

Note any residential supports provided.

HOÀN CẢNH SINH SỐNG HIỆN TẠI

ĐANG SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ KHÁC (KHÔNG DO DDD TÀI TRỢ) (DVR, MH, LẠM DỤNG HÓA CHẤT, CÁC DỊCH VỤ Ở TRƯỜNG HỌC, V.V.)

NƠI CUNG CẤP CHƯƠNG TRÌNH BAN NGÀY

LOẠI CHƯƠNG TRÌNH BAN NGÀY

MEDICARE

BẢO HIỂM Y TẾ KHÁC (XIN NÓI RÕ)

Các Quyền Lợi và Lợi Tức Hằng Tháng

Thực Phẩm Căn Bản \$ _____

Nhà ở trong Chương Trình Số 8 \$ _____

Tổng Cộng Hằng Tháng \$ _____

SSP \$ _____

Tiền lương \$ _____

Nguồn lợi tức khác \$ _____

SSA/SSDI/DAC \$ _____

SSI \$ _____

Tổng Cộng Hằng Tháng \$ _____

Số tiền này được tính dựa vào báo cáo của thân chủ vào buổi họp dự định.

TÊN:

SỐ DDD:

PHẦN BỐN - XÁC ĐỊNH VỀ NHU CẦU SỨC KHỎE VÀ PHÚC LỢI

Tái Xét Kế Hoạch Hiện Tại

If this is an initial plan this section does not have to be completed.

If this is an annual review, facilitate a discussion looking at how the current plan is working, what is working well and should continue, changes that need to be made and any new issues to be addressed.

The waiver participant, their family/legal representative and any current providers need to be asked these questions.

Các dịch vụ và sự giúp đỡ nào đang đáp ứng nhu cầu của cá nhân này? Có nên tiếp tục hay không? Có cần thay đổi gì không?

Các dịch vụ và sự giúp đỡ nào không đáp ứng thỏa đáng nhu cầu của cá nhân này, có đòi hỏi phải thay đổi hay không?

Có những nhu cầu nào mới cần được giải quyết hay không?

Có vấn đề gì liên quan đến việc tìm kiếm/giữ nơi cung cấp hay không?

Nếu người này có những kế hoạch khác, IEP, 504 Plan, IFSP, DVR, v.v., tái duyệt và bao gồm bất cứ chi tiết bổ túc nào được định rõ về nhu cầu.

TÊN:

SỐ DDD:

It is vital to find out what the person and/or their family/guardian, feel is needed to meet the waiver participant's health and welfare needs.

This box should contain only items in addition to those already identified above.

Bất cứ Quan Tâm nào về Sức Khỏe và Phúc Lợi do người này/phụ huynh/giám hộ nhận ra và mới được ghi nhận vào lần này.

NGỪNG LẠI



Nhóm phải bàn thảo tất cả các nhu cầu nhận ra và thỏa thuận những điều gì là cần thiết để bảo đảm về sức khỏe và phúc lợi cho người nhận dịch vụ bổ sung. Những thỏa thuận đó phải được giải quyết trong kế hoạch này. Nếu có những nhu cầu không đáp ứng được về sức khỏe và phúc lợi mà không giải quyết trong kế hoạch này, xin ghi lại lý do tại sao vào phần bên dưới.

Việc thảo luận về các dịch vụ và sự giúp đỡ vào lần tới có thể đáp ứng các nhu cầu như đã được thỏa thuận. Buổi thảo luận này phải bao gồm những ý kiến về các giúp đỡ được trả tiền và không trả tiền. Mỗi người trong chương trình dịch vụ bổ sung PHẢI được chọn nơi cung cấp dịch vụ bổ sung đủ tiêu chuẩn. Nếu người này hiện đang có nơi cung cấp mà họ không hài lòng với nơi đó, thì vấn đề này phải được giải quyết và hoạch định một biện pháp tốt đẹp để tất cả mọi người đều được cảm thấy thoải mái.

Một khi nhóm cảm thấy rằng họ có những ý kiến hữu ích về cách đáp ứng các nhu cầu như đã được thỏa thuận một cách hữu hiệu hơn, hãy tiếp tục qua phần ghi hồ sơ là những bước cần thiết để sắp xếp theo đúng kế hoạch.

Giải thích về các nhu cầu sức khỏe và phúc lợi không giải quyết trong kế hoạch này:

TÊN:

SỐ DDD:

PHẦN NĂM - HOẠCH ĐỊNH VIỆC ĐÁP ỨNG CÁC NHU CẦU SỨC KHỎE VÀ PHÚC LỢI ĐÃ ĐƯỢC THỎA THUẬN

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

TÊN:

SỐ DDD:

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

Nhu Cầu Thẩm Định Số _____

Những bước nào cần phải thực hiện và/hoặc các dịch vụ/ sự giúp đỡ nào cần sắp đặt để đáp ứng nhu cầu này?	Nơi cung cấp/Người chịu trách nhiệm	Đánh dấu vào nếu là Dịch Vụ Bổ Sung Được Tài Trợ	Bao lâu một lần? Hàng ngày/Hàng tuần/ Hàng tháng Số lượng: Giờ/Ngày/Tháng	Nếu là nhu cầu mới, ngày bắt đầu là ngày nào?	Dịch vụ cần chấp thuận trước khi được nhận nếu cần

TÊN:

SỐ DDD:

PHẦN SÁU - TÓM LƯỢC VÀ KÝ TÊN

<p>Review/monitoring activities must be documented in the Service Episode Record (SER)</p>	<p style="text-align: center;">Tái Xét Kế Hoạch</p> <p>Một khi đã hoàn tất kế hoạch đáp ứng nhu cầu sức khỏe và phúc lợi thì phải thi hành quyết định cũng như đòi hỏi phải theo dõi kế hoạch. Quyết định này được thực hiện dựa vào những phức tạp của kế hoạch và do sự yếu ớt của người này và/hoặc các giúp đỡ cho họ. Đánh dấu vào những ô thích hợp dưới đây:</p> <p>Kế hoạch này sẽ được tái xét lại: <input type="checkbox"/> Hằng tháng <input type="checkbox"/> Ba tháng một lần <input type="checkbox"/> Sáu tháng một lần <input type="checkbox"/> Hằng năm</p>																								
<p>It is very important to have a discussion about the items, before asking the person to check them.</p> <p>NOTE: Individuals must be given their appeal rights in writing every time there is a change in their plan.</p>	<p>Xin đánh dấu vào những mục dưới đây để biết rằng đã có thực hiện. Kế hoạch sẽ không hoàn thành nếu thân chủ/người đại diện pháp lý đánh dấu vào tất cả các ô. C=Thân Chủ, L=Người Đại Diện Pháp Lý.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tôi đã nhận được những tin tức liên quan đến các dịch vụ bổ sung và nơi cung cấp mà tôi cần để hoàn tất kế hoạch.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tôi được chọn nơi cung cấp đủ tiêu chuẩn nhằm đáp ứng các nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nếu tôi không hài lòng với nơi cung cấp hiện tại của tôi, tôi có thể hoạch định để đáp ứng các nhu cầu của tôi bằng những cách khác.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi hiện đang đáp ứng hoặc đáp ứng thỏa đáng theo kế hoạch và đúng thời gian.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>bất cứ những vấn đề hoặc ưu tư mà tôi nêu ra có liên quan đến kế hoạch chăm sóc đã được/đang được giải quyết.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tôi được nơi cung cấp đối xử trong sự tôn trọng.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tôi biết rằng tôi có thể yêu cầu tái xét kế hoạch này bất cứ lúc nào.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tôi đã được giải thích quyền về khiếu nại quyết định của Nha Tàn Tật Bẩm Sinh. Tôi cũng đã được giải thích về các thủ tục khiếu nại.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi đã nhận được những tin tức liên quan đến các dịch vụ bổ sung và nơi cung cấp mà tôi cần để hoàn tất kế hoạch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi được chọn nơi cung cấp đủ tiêu chuẩn nhằm đáp ứng các nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nếu tôi không hài lòng với nơi cung cấp hiện tại của tôi, tôi có thể hoạch định để đáp ứng các nhu cầu của tôi bằng những cách khác.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi hiện đang đáp ứng hoặc đáp ứng thỏa đáng theo kế hoạch và đúng thời gian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bất cứ những vấn đề hoặc ưu tư mà tôi nêu ra có liên quan đến kế hoạch chăm sóc đã được/đang được giải quyết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi được nơi cung cấp đối xử trong sự tôn trọng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi biết rằng tôi có thể yêu cầu tái xét kế hoạch này bất cứ lúc nào.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi đã được giải thích quyền về khiếu nại quyết định của Nha Tàn Tật Bẩm Sinh. Tôi cũng đã được giải thích về các thủ tục khiếu nại.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi đã nhận được những tin tức liên quan đến các dịch vụ bổ sung và nơi cung cấp mà tôi cần để hoàn tất kế hoạch.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi được chọn nơi cung cấp đủ tiêu chuẩn nhằm đáp ứng các nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nếu tôi không hài lòng với nơi cung cấp hiện tại của tôi, tôi có thể hoạch định để đáp ứng các nhu cầu của tôi bằng những cách khác.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhu cầu sức khỏe và phúc lợi của tôi hiện đang đáp ứng hoặc đáp ứng thỏa đáng theo kế hoạch và đúng thời gian.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bất cứ những vấn đề hoặc ưu tư mà tôi nêu ra có liên quan đến kế hoạch chăm sóc đã được/đang được giải quyết.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi được nơi cung cấp đối xử trong sự tôn trọng.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi biết rằng tôi có thể yêu cầu tái xét kế hoạch này bất cứ lúc nào.																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi đã được giải thích quyền về khiếu nại quyết định của Nha Tàn Tật Bẩm Sinh. Tôi cũng đã được giải thích về các thủ tục khiếu nại.																							
<p>Signatures and dates are required for plan implementation.</p> <p>As per WAC 388-845-3020 consent is assumed after 30 days unless otherwise indicated by the waiver participant/legal representative.</p> <p>Make sure the choice regarding agreement is indicated.</p> <p>The CRM is the last one to sign. This becomes the plan effective date. Please go to the front page of the plan and record that date.</p>	<p>Tôi có tham gia trong việc soạn thảo và/hoặc tái xét Kế Hoạch Chăm Sóc cá nhân này và ĐỒNG Ý với các dịch vụ cũng như những sự giúp đỡ đã đề ra.</p> <p>Người Nhận Dịch Vụ Bổ Sung: _____ Ngày: _____</p> <p>Người Đại Diện Pháp Lý: _____ Ngày: _____</p> <p>Quản Lý Hồ Sơ/Nguồn Trợ Giúp: _____ Ngày: _____</p> <hr/> <p>Tôi có tham gia trong việc soạn thảo và/hoặc tái xét Kế Hoạch Chăm Sóc cá nhân này và KHÔNG ĐỒNG Ý với các dịch vụ cũng như những sự giúp đỡ đã đề ra. Tôi đã được cho biết về quyền khiếu nại. Tôi hiểu rằng nếu tôi không ký tên vào bản kế hoạch và không yêu cầu phiên điều giải trong vòng 28 ngày, thì xem như tôi đã đồng ý và kế hoạch sẽ được thực thi như đã đề ra.</p> <p>Người Nhận Dịch Vụ Bổ Sung: _____ Ngày: _____</p> <p>Người Đại Diện Pháp Lý: _____ Ngày: _____</p>																								



KẾ HOẠCH CHĂM SÓC CÁ NHÂN CỦA DDD THỈNH CẦU PHIÊN ĐIỀU GIẢI KHIẾU NẠI

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ của phiên điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Tôi yêu cầu được mở phiên điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS):

- Giải thích văn tắt về điều mà DSHS đã thực hiện hoặc không thực hiện cho quý vị (viết vào tờ giấy khác nếu cần thêm chỗ); và
- Nếu được, xin kèm theo bản sao của thông báo mà quý vị xin khiếu nại.

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)

NGÀY SANH

SỐ AN SINH XÃ HỘI

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU PHIÊN ĐIỀU GIẢI

SỐ ID CỦA THÂN CHỦ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ BƯU CHÍNH

SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)

ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi được thông báo về quyết định vào: _____ **bởi:** _____
NGÀY TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM VĂN PHÒNG DSHS

Nếu đủ điều kiện, tôi muốn được tiếp tục hưởng sự trợ giúp: Có Không Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ

CƠ QUAN

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ

ĐƯỜNG

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép được tiết lộ các chi tiết về phiên điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị hay không?

Có Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ gì hoặc loại trợ giúp nào? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết phiên điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo về Phiên Điều Giải mà OAH đã gửi đến cho quý vị.

**THĂM DÒ Ý KIẾN VỀ BUỔI
HỌP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC
PLAN OF CARE MEETING SURVEY**

TO BE COMPLETED BY DDD STAFF

POC MEETING DATE

WAIVER:

Basic Core Basic Plus
 Community Protection

Bản thăm dò này là tự nguyện và được giữ kín. Các dịch vụ của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng bởi sự chọn lựa có tham gia hay không tham gia của quý vị. Việc thăm dò ý kiến này sẽ giúp chúng tôi cải tiến việc tiến hành Kế Hoạch Chăm Sóc.

Quý vị có quan hệ thế nào đối với người đang nhận các dịch vụ?

Tôi là người đang nhận dịch vụ. Người Trong Gia Đình/Giám Hộ Nhân Viên Có Lương Bạn Bè/Người Bệnh Vụ

THĂM DÒ Ý KIẾN

SỐ	CÂU HỎI	(1) CÓ	(2) KHÔNG BIẾT/CHẮC	(3) KHÔNG
1.	Trong lúc tiến hành kế hoạch chăm sóc, người Quản Lý Hồ Sơ của quý vị có tôn trọng và lịch sự với quý vị không?			
2.	Quản Lý Hồ Sơ của quý vị có hỏi xem quý vị có quan tâm gì về dịch vụ hiện tại của quý vị không?			
3.	Quan tâm của quý vị có được bàn thảo và bao gồm trong việc tiến hành kế hoạch không?			
4.	Quý vị có giúp để soạn thảo Kế Hoạch Chăm Sóc mới của quý vị không?			
5.	Quý vị có được nhận các chi tiết về những dịch vụ hiện có trong chương trình miễn lệ để đáp ứng nhu cầu đã được thẩm định của quý vị không?			
6.	Quý vị có được chọn những dịch vụ hiện có trong chương trình miễn lệ để đáp ứng nhu cầu đã được thẩm định của quý vị không?			
7.	Quý vị có được chọn nơi/người cung cấp dịch vụ không?			
8.	Quý vị có dự định đáp ứng các nhu cầu và mục tiêu của quý vị đối với cả hai dịch vụ miễn lệ và không miễn lệ không?			
9.	Nhu cầu về sức khỏe và sự an toàn của quý vị có được bàn thảo hay không?			
10.	Kế hoạch đề ra có đáp ứng nhu cầu sức khỏe và sự an toàn của quý vị không?			
11.	Quý vị có hoạch định cho những trường hợp khẩn cấp, như động đất hoặc nếu như người chăm sóc thường lệ của quý vị không ở bên cạnh quý vị không?			
12.	Quý vị có nhận được chi tiết về những điều cần phải làm nếu nhu cầu của quý vị có thay đổi trước kỳ họp hoạch định hằng năm lần tới hay không?			
13.	Quý vị có nhận được chi tiết về cách thức khiếu nại hoặc thỉnh cầu phiên điều giải hay không?			

14. Xin dùng phần dưới đây để cho biết thêm về những nhận xét; hoặc cho chúng tôi biết về những điều mà quý vị muốn góp ý để chúng tôi cải tiến việc tiến hành Kế Hoạch Chăm Sóc.

Xin dùng phong bì đã có sẵn tem và địa chỉ đính kèm để gửi lại, hoặc gửi đến:

Department of Social and Health Services
Division of Developmental Disabilities (DDD)
Attention: Quality Assurance
PO Box 45310
Olympia WA 98504-5310